

事業者 → 保険者

# 過誤申立書

【事由】事業所申立・指導監査・医療突合

保険者番号 131227

保険者 葛飾区

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	

【再請求】有・無

申立年月日

令和

年

月

日

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供年月	申立事由	申立事由 (サービス種類及び原因を記入してください)
		被保険者氏名		コード	
1			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		

申立事由コード及び申立事由は各事業所にて記入してください。

毎月20日(午前)を締切とします。(土曜日・日曜日・祝日の場合は翌営業日(午前)となります)